

Munnstell og munnhygiene til medisinske pasienter. En kartlegging blant sykepleiere i medisinsk avdeling

Nina Karlsen og Birgit Brunborg

Nina Karlsen, høgskolelektor, kandidat i sykepleievitenskap, VID vitenskapelig høyskole, Fakultet for helsefag, Oslo, nina.karlsen@vid.no

Birgit Brunborg, dosent, kandidat i sykepleievitenskap, VID vitenskapelig høyskole, Fakultet for helsefag, Oslo

Abstract

Oral care and oral hygiene in hospitalized patients. A survey of nurses in a medical ward

In this study, we assessed whether an educational program for nurses in a medical ward could enhance their knowledge, attitude and documentation level of oral care procedures. We collected quantitative data before and after the educational program, using a questionnaire. The findings indicate an increase in the nurses' assessment of the elderly's oral status and need for oral care. The nurses became more conscious about common oral practice, and the need for proper equipment. Nurses' attention to oral care was low when workload was high, and their documentation of oral case was generally insufficient. The study concludes that improving nurses' oral care practice would be beneficial for patients, and that nurses' knowledge, attitude and documentation can be influenced through educational programs. Based on these findings, we recommend that mouth care programs be developed and followed up by quality assurance processes and scientific studies.

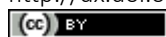
Keyword/Nøkkelord

education; documentation; oral care; oral hygiene; nursing

undervisning; dokumentasjon; munnstell; munnhygiene; sykepleie

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4199>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke og beskrive sykepleiepersonalets kunnskaper, holdninger, tiltak og dokumentasjon knyttet til munnstell og munnhygiene før og etter implementering av et opplæringsprogram.

I fag- og forskningslitteraturen pekes det på at munnstell har blitt gitt liten oppmerksomhet (Costello og Coyne 2008), og det hevdes at sykepleierne er mer oppmerksomme på, og flinkere til å ivareta pasientens egenomsorgsproblemer i den andre enden av fordøyelseskanalen (Rydahl Hansen Rostgaard 1996).

Det finnes i dag ingen nasjonale retningslinjer for munnstell og munnhygiene for pasienter innlagt i sykehus, bare anbefalinger i læringsverktøy som Praktiske prosedyrer i sykepleien (PPS) (Cappelen Damm Akademisk 2015) og i lærebøker (Flovik 2005; Skaug, Nortvedt og Kristoffersen 2011). Disse understreker betydningen av å gjennomføre generelt og spesielt munnstell når det er behov for det. Generelt munnstell omhandler vanlig tannpuss, stell av tannproteser og rengjøring av munnhule til pasienter som helt, delvis eller ikke har egne tenner, mens spesielt munnstell er rettet mot alvorlig syke pasienter med spesielle behov som for eksempel bevisstløse, intuberte pasienter og pasienter med lammelser i kjeve og svelgregionen (Dalheim et al. 2005; Flovik 2005). Riktig munnstell er viktig for å opprettholde god munnhygiene. Det forebygger sykdommer og plager i munnen, eller plager som har sin opprinnelse i munnen. Målet med generelt og spesielt munnstell er å holde tenner og slimhinner rene og hele for i størst mulig grad å optimalisere munnens funksjoner og opprettholde pasientens verdighet og velvære (Flovik 2005).

Sykepleiepersonalet ved en medisinsk avdeling stilte spørsmål om prosedyrene anvendt i avdelingen var oppdaterte i henhold til PPS og nyere forskning og om pasientene fikk tilfredsstillende munnstell. Det ble derfor iverksatt et samarbeidsprosjekt mellom oversykepleier og fagsykepleiere på tre enheter ved sykehuset, og studenter og deres lærerveiledere på en høyskole. Hensikten med prosjektet var å forbedre kvaliteten på prosedyrene.

Litteraturgjennomgang

Det ble gjennomført litteratursøk i fagbøker, i PubMed og Cinahl. Eldres tannhelse i Norge er betydelig forbedret de siste 30 år og de fleste eldre har i dag egne tenner. Samtidig er forekomsten av kroniske sykdommer og bruk av legemidler høy i denne gruppen (Lyshol og Biehl 2009). Det betyr at eldre innlagt i sykehus er i en utsatt situasjon og tannhelsen deres må ivaretas ved sykdom og behandling. Pneumoni er en vanlig infeksjon hos eldre mennesker i sykehjem og er den vanligste dødsårsak på grunn av nosokomiale infeksjoner hos eldre. Slike infeksjoner har ofte sitt utspring i dårlig munnhygiene (Yoneyama, Yoshida, Ohru, Mukaiyama, Okamoto, Hoshiba, Ihara,

Yanagisawa, Ariumi, Morita, Mizuno, Ohsawa, Akagawa, Hashimoto og Sasaki 2002).

Munntørrhet sees ofte hos pasienter som har kroniske sykdommer og som bruker mange medisiner (Flovik 2005). En studie viser at munntørrhet har stor påvirkning på kreftpasienters fysiske, psykiske og sosiale velvære (Rohr, Adams og Young 2010). Munntørrhet er derfor et ugunstig utgangspunkt for alvorlig syke med nedsatt immunforsvar. Munntørrhet kan medføre plager som sopp og tannrøte, tannkjøttbetennelse, tannløsnings sykdom, tanntap og sykdom som pneumoni på grunn av mikrober til blodbanen (Flovik 2005).

Argumentene for å gjennomføre godt munnstell, både generelt og spesielt på pasienter innlagt i sykehus er beskrevet av flere (Dalheim, Herud, Jørs, Koch og Skaug 2005; Flovik 2005; Raghunathan, Freeman og Bhowmick 2009; Rohr, Adams og Young 2010). En studie viser at ved pneumoni forårsaket av bakterier i munnhulen kan riktig munnstell og munnhygiene være avgjørende for overlevelse etter hjerneslag (Raghunathan et al. 2009). En annen studie viser at munnskylling med Klorheksidin kan forebygge pneumoni (Løkken, Olsen og Spigset 2010). Dette gjelder enten Klorheksidin brukes alene eller i tillegg til mekanisk rensing.

Flere studier har vist til kunnskapsbrist og negative holdninger til munnstell hos sykepleiere (Forsell, Sjögren, Kullberg, Johansson, Wedel, Herbst og Hoogstraate 2011; Kullberg, Sjögren, Forsell, Hoogstraate, Herbst og Johansson 2010; Willumsen, Karlsen, Næss og Bjørntvedt 2012; Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson og Sörensen 2000; Wårdh, Jonsson og Wikström 2012). En svensk studie av pleiepersonell på sykehjem viste at de hadde et negativt syn på munnstell til tross for at de selv vurderte tannhelse som viktig (Forsell et al. 2011). Til tross for tidligere studier som viser at god munnhygiene etter hjerneslag beskytter mot pneumoni og andre alvorlige komplikasjoner som karotisstenose, er det vist at mange sykepleiere ikke prioriterer munnstell og at kunnskapene deres er mangelfulle (Raghunathan et al. 2009). Kunnskapsbrist og negative holdninger hos sykepleiepersonale om tannhelse og munnstell kan ha store konsekvenser for alvorlig syke pasienter som ikke kan stelle munnhulen selv. Personale vet ofte ikke hva de skal observere, hvordan de skal vurdere det de ser, og hvilke tiltak de skal iverksette (Flovik 2005).

Dalheim et al. (2005) hevder at alvorlig syke og bevisstløse pasienter ofte ikke har krefter til å ivareta munnhygien selv og har behov for spesielt munnstell (Dalheim et al. 2005). Munnstell og munnhygiene på pasienter innlagt i sykehus omfatter både generelt og spesielt munnstell. Denne todelingen, generelt og spesielt munnstell, brukes av flere, blant annet Flovik (2005) og i PPS (Cappelen Damm Akademisk 2015).

Felton, Cooper, Duqum, Minsley, Guckes, Haug, Meredith, Solie, Avery og Deal Chandler (2011) har utarbeidet evidensbaserte retningslinjer for stell av tannproteser og gommer. Jablonski, Therrien, Mahoney, Kolanowski, Gabello og Brock (2011) beskriver noen vurderinger og metoder sykepleiere kan anvende i munnstell på personer med kognitiv svikt og på pasienter som motsetter seg tannstell. I fag- og forskningslitteraturen blir det anbefalt at tenner og munnhule til pasienter som er syke og under behandling, inspiseres og stelles (tannpuss eller munnstell) minimum to ganger daglig, eventuelt hyppigere om det har oppstått munnhuleproblemer (Flovik 2005; Rawlins Trueman 2001).

Litteraturgjennomgangen viser at sykepleiepersonell ofte mangler kunnskap om munnstell og munnhygiene, har negative holdninger og viser lite interesse for området.

Utvikling av nye prosedyrer for munnstell

På bakgrunn av litteraturgjennomgang og erfaring samt diskusjoner i fagmiljøet om hvilke prosedyrer medisinsk avdeling hadde behov for, ble det utviklet fire nye prosedyrer for munnstell i prosjektperioden.

- Vanlig munnstell
- Munnstell til pasienter med tannprotese
- Munnstell til pasienter med kognitiv svikt som viser motstand
- Munnstell til alvorlig syke pasienter

Opplæringsprogram

Med utgangspunkt i de nye prosedyrene utviklet prosjektgruppen høsten 2011 et opplæringsprogram med følgende innhold:

- Begrunnelsen for munnstell, generell anatomi om munnen og tennene, hvordan den friske munnen skal se ut
- Forebygging av sykdommer i munnen med fokus på bivirkninger av medikamenter, sykdoms- og aldersforandringer, infeksjoner og underernæring
- Kartlegging av munntørrhet, sopp, slimhinneforandringer, tannråte, tannkjøttbetennelse, tannløsningssykdom, munnhulekreft og tanntap
- Myndighetskrav, eksempler på spesielle behov som ved hjerneslag (dysfagi og facialisparese), problematikk knyttet til aspirasjon og munntørrhet, samt forslag til sykepleieintervensjoner
- Dokumentasjon av status ved innkomst, pasientens individuelle behov, pasientens egne rutiner, pasientens behov for tannlegeoppfølging og endringer i pasientens status

- Gjennomgang av de nye prosedyrene for generelt munnstell/stell av tannproteser, spesielt munnstell og munnstell hos pasienter med kognitiv svikt som viser motstand

Opplæringen besto av følgende aktiviteter:

- Undervisning i de nyutviklede prosedyrene
- Veggplakat, kalt «Trafikklys» rødt lys = spesielt munnstell, gult lys = vanlig munnstell, grønt lys = selvhjulpen, men trenger påminnelse. Plakaten ble hengt opp på strategiske steder i enhetene
- Lommebrosjyre av plakaten, men med utfyllende forklaringer
- Video om munnstell
<http://www.youtube.com/watch?v=VI9YALGIDXQ>

Gjennomføring av opplæringsprogrammet

Opplæringsprogrammet ble utviklet med tanke på at det skulle være enkelt å gjennomføre, nå flest mulig på kort tid og åpne for dialog. Undervisningen i de fire nyutviklede prosedyrene for munnstell ble gjennomført av fagsykepleiere og studenter under veiledning av lærerne mellom de to kartleggingsundersøkelsene. Undervisningen varte i 15 minutter inkludert diskusjon, og ble gjennomført i mat- og lunsjpauser på vaktrommet på sengepostene, på både dag- og kveldsvakter, og gjerne flere ganger per vakt i ukene prosjektet pågikk. Det ble også vist video om munnstell flere ganger i uken. Det ble informert forløpende på begynnelsen av alle dag- og kveldsvakter om hvor og når undervisning og videofremvisning skulle foregå. I hele prosjektperioden etterspurte studentene hvordan munnstell ble dokumentert. De sjekket også i pasientjournalen.

Metode

I denne studien undersøkte og beskrev vi eventuelle endringer i kunnskaper, holdninger, tiltak og dokumentasjon etter implementering av et opplæringsprogram i nye, oppdaterte prosedyrer ved hjelp av et selvutviklet kartleggings-skjema (Andersen, Binderkrantz og Hansen 2012; Hellevik 2002).

Utvalg

Alt sykepleiepersonell på medisinsk avdeling som deltok i prosjektet ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen på e-post. Det ble i utgangspunktet sendt ut spørreskjema til 107 personer før opplæringen. I runde to viste det seg at ni personer hadde sluttet og eller flyttet. Dermed var det kun 98 personer som mottok spørreskjema. Alle sykepleierne fikk spørreskjema tilsendt via sin personlige e-post på arbeidsstedet. Ved å svare på spørreundersøkelsen ga sykepleierne samtidig samtykke til å delta i undersøkelsen.

Spørreskjema

Spørreskjema for kartlegging av kunnskaper, holdninger, tiltak og dokumentasjon knyttet til munnstell ble utviklet samtidig med opplæringsprogrammet. Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av relevant forskning (Felton et al. 2011; Jablonski et al. 2011) og erfaring på området. Spørreskjemaet inkluderte initialt 36 spørsmål med lukkede svaralternativer fordelt på 4 kategorier i tillegg til demografiske data på alder, utdanning, erfaring og arbeidssted. Spørsmål knyttet til egen praksis (siste tre vakter) inngår i kategori A, kunnskapsgrunnlag for prosedyren i kategori B, holdninger til og prioriteringer til å utføre munnstell og munnhygiene i kategori C og dokumentasjon av pasientens behov for munnstell i pasientjournalen i kategori D. Spørsmålene hadde ulike svaralternativer slik det fremgår i resultatdelen. Det ble gjennomført en pilotundersøkelse for å teste om spørsmålene var valide. Ti fagsykepleiere ved de tre enhetene på medisinsk avdeling (inkludert en slagenhet) fikk tilsendt spørreskjemaet til vurdering før første kartleggingsundersøkelse. På bakgrunn av deres tilbakemelding ble det foretatt små justeringer, men i hovedsak ble spørsmålene vurdert som relevante.

Gjennomføring av kartleggingsundersøkelsen

Sykepleiepersonalet svarte på spørsmålene via Questback. Selve kartleggingen ble gjennomført to ganger, en gang i forkant av opplæringsprogrammet (11. januar – 5. februar 2012) og en rett etter (2. – 20. mai 2012). Spørreskjema ble sendt til 107 sykepleiere. Det ble sendt ut via en person ved sykehuset som var ansvarlig for online spørreundersøkelser. Denne personen sendte også påminnelser, henholdsvis to (1.us) og fem ganger (2.us), for å få høyest mulig svarprosent. Vedkommende tok også imot utfylte spørreskjema og loggførte dataene i Questback programmet. Dataene uten personidentifiserbare opplysninger ble deretter oversendt til forskerne.

Analyse av funn

Data ble analysert med programmet Questback, som er et web-basert kartleggingsverktøy for å samle inn og analysere systematiske data (www.Questback.com). Sykehuset der undersøkelsen ble gjennomført anvender Questback ved online spørreundersøkelser. Funnene ble sammenliknet og fremstilt ved hjelp av deskriptiv statistikk og presentuering.

Etiske og juridiske overveielser

Personalet ble informert om spørreundersøkelsen av oversykepleier og fagsykepleierne som ledet munnstellprosjektet. Alle skulle delta i opplæringen, men det var frivillig å svare på spørreskjema. Det ble likevel sendt ut påminning om å besvare spørreskjema med begrunnelse i at det var viktig for avdelingen å kvalitetssikre om de nye prosedyrene ble anvendt. Studien er ikke fremleggspliktig for regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, jf.

Helseforskningslovens §§2 og 4 (søknad til REK sør-øst 2014/2252) (Bruusgaard 2012). Prosjektet faller inn under forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora ((NESH) 2016). Prosjektet ble meldt til NSD. Konfidensialitet ble sikret ved at forskerne ikke fikk tilsendt opplysninger om hvem som hadde besvart spørreskjema. De fikk kun tilsendt avpersonifiserte datafiler.

Resultater

Av 107 inviterte sykepleiere i første undersøkelse svarte 62 personer (58%) på spørreskjemaet. I andre undersøkelse ble det besvart av 55 av 98 inviterte sykepleiere (56%).

Analysen viste at flere av spørsmålene ikke viste til noen endring over tid. I denne studien presenteres derfor kun resultater fra spørsmål som viste til endring over tid. Spørsmål som viste til endring er følgende:

Kategori A:

11 Vi har det utstyret vi trenger (i enheten) for å utføre godt munnstell

Kategori B:

18 Hvor ofte trenger pasienter over 70 år innlagt på medisinsk enhet vurdering av munnhulen?

24 For å lindre munntørrhet hos pasienten har jeg i løpet av de tre siste vaktene brukt (ulike svaralternativer)

Kategori C:

25 Vi på enheten tar oss tid til å diskutere hvordan vi skal gjøre prosedyrer som munnstell

27 Når det er travelt hender det at munnstell blir nedprioritert

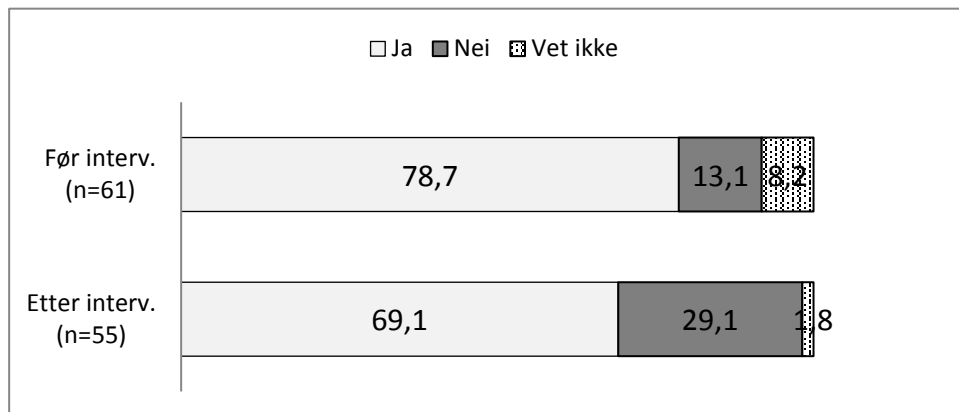
Kategori D:

33 Jeg dokumenterer munnstell i pasientens journal

36 Jeg dokumenterer pasientens behov for munnstell ved innkomst

Når det gjelder kategori A, spørsmål knyttet til egen praksis (tre siste vaktene), var det kun spørsmål 11 som viste til endring over tid (fig. 1). Det vil si at andelen sykepleiere som opplevde at de ikke hadde riktig utstyr på avdelingen økte fra 13% (n=8) til 29% (n=16) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført. På slagenheten (n=13 før, n=16 etter opplæring) økte andelen sykepleiere som rapporterte om manglende utstyr fra 31% (n=4) til 50% (n=8).

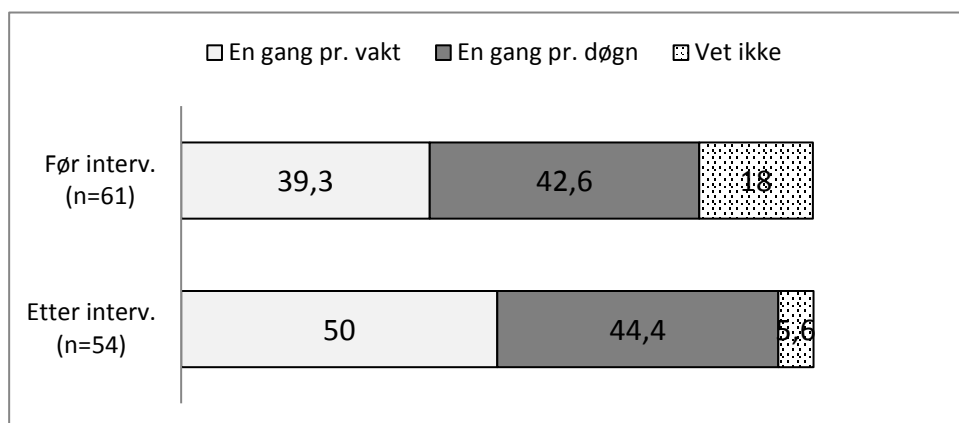
Figur 1



(Spørsmål 11) Vi har det utstyret vi trenger (i enheten) for å utføre godt munnstell

I kategori B, kunnskapsgrunnlaget hos sykepleiepersonalet, var det spørsmål 18 og 24 som viste til endring. Sykepleiere som vurderte at pasienter over 70 år trengte munnstell minst en gang per vakt økte fra 39% (n=24) til 50% (n=27) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført, og de som sa minst en gang per døgn økte fra 43% (n=26) til 44% (n=24) (fig. 2).

Figur 2



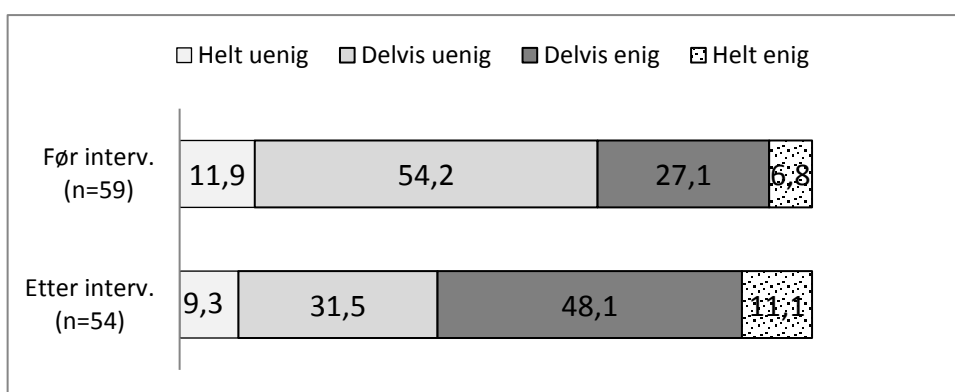
(Spørsmål 18) Hvor ofte trenger pasienter over 70 år innlagt på medisinsk enhet vurdering av munnhulen?

Sykepleierne som sa de lindret munntørrehet med vann hos pasientene i løpet av de tre siste vaktene økte fra 71% (n=34) til 85% (n=40) etter opplæringsprogrammet, og andelen som skyllet munnen med vann etter hvert måltid økte fra 12% (n=6) til 19% (n=9). På grunn av mange ulike svaralternativ (fluorskyllevann, fluorsugetablett, kunstig spytt, vann, sure drikker som for eksempel vann med sitrondråper, sukkerfri tyggegummi, syrlige drops, suge på isbiter, glyserolløsning, hyppig munnstell og skylle munnen etter hvert måltid)

valgte vi å ikke fremstille spørsmål 24 grafisk fordi en slik figur ville gitt lite mening. Men svarene viser at flere av sykepleierne gjennomfører tiltak for å lindre munntørrhet.

Vedrørende holdninger til og prioritering av munnstell (kategori C) viste spørsmål 25 og 27 til endring. Sykepleiere som sa at de var helt enig i at de tok seg tid til å diskutere prosedyrer i munnstell økte fra 7% (n=4) til 11% (n=6) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført og de som var delvis enig økte fra 27% (n=16) til 48% (n=26) (fig.3).

Figur 3

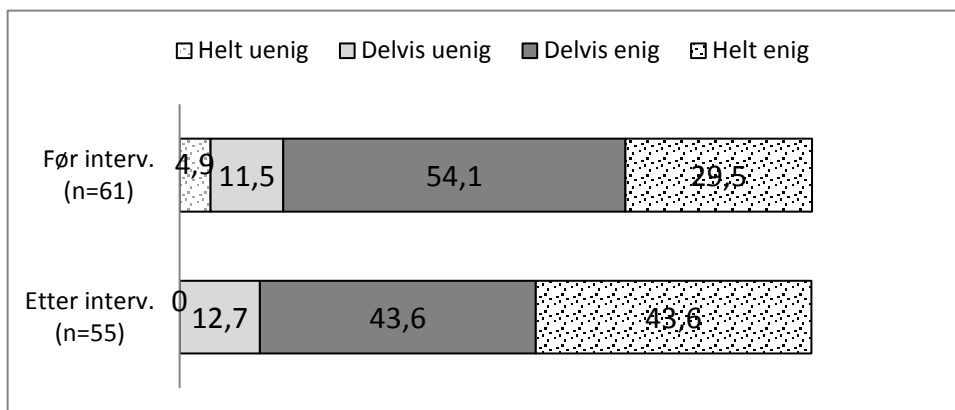


(Spørsmål 25) Vi på enheten tar oss tid til å diskutere hvordan vi skal gjøre prosedyrer som munnstell

Figur 4 viser andelen sykepleiere som sa at munnstell blir nedprioritert når det er travelt. De som sa de var helt enig økte fra 30% (n=18) til 44% (n=24) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført.

Figur 4

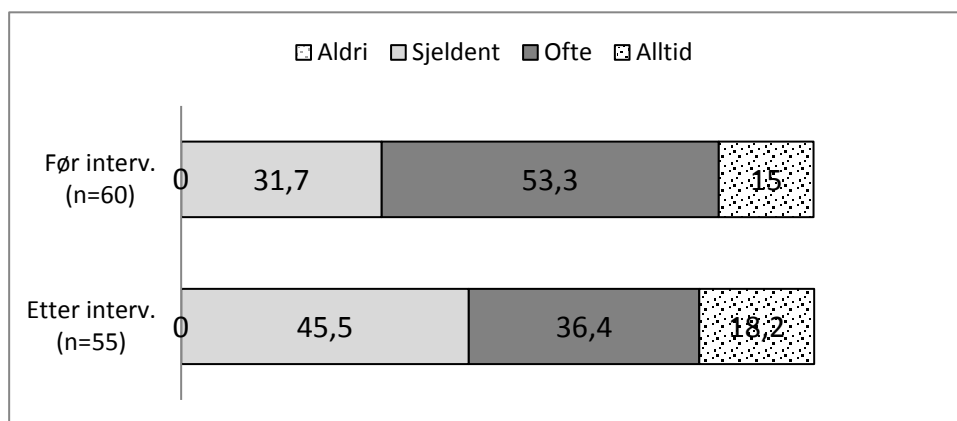
(Spørsmål 27) Når det er travelt hender det at munnstell blir nedprioritert



Når det gjelder kategori D, spørsmål knyttet til dokumentasjon av munnstell, var det spørsmål 33 og 36 som viste til endring. Det var ingen sykepleiere som svarte

at de aldri dokumenterer munnstell i pasientens journal, derimot økte andelen som svarte sjeldent fra 32% (n=19) til 46% (n=25) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført (fig. 5).

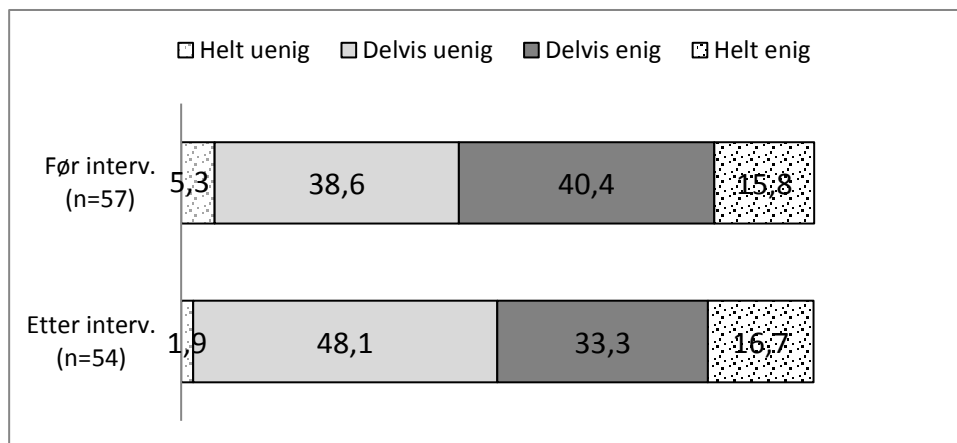
Figur 5



(Spørsmål 33) Jeg dokumenterer munnstell i pasientens journal

Andelen sykepleiere som svarte at de dokumenterer pasientens behov for munnstell ved innkomst (delvis enig) ble redusert fra 40% (n=23) til 33% (n=18) etter at opplæringsprogrammet var gjennomført (fig.6).

Figur 6



(Spørsmål 36) Jeg dokumenterer pasientens behov for munnstell ved innkomst

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive sykepleiepersonalets kunnskaper, holdninger, tiltak og dokumentasjon knyttet til munnstell og munnhygiene før og etter implementering av et opplæringsprogram som gikk ut på å gi opplæring til personalet i nye prosedyrer på området.

Resultatene viste at økt oppmerksomhet på munnstell og munnhygiene økte i prosjektperioden. Slik økt oppmerksomhet kan tyde på at sykepleiepersonalet hadde tilegnet seg mer kunnskap på området og at opplæringen derfor hadde en virkning og medførte endringer på flere områder. Resultatene tilsier at rutiner knyttet til munnstell må forankres og etterspørres i ledelsen (Orvik 2015) og kvalitetssikres av den enkelte.

Totalt sett viste resultatene til en økning blant gruppen sykepleiepersonell som vurderte utstyret til munnstell som mangelfullt etter opplæringen. Det er også interessant å påpeke at andelen som opplevde å ikke ha riktig utstyr på avdelingen ble doblet fra januar til mai 2012. Det kan tyde på at økt kunnskap og mer oppmerksomhet på munnstell medførte at sykepleiepersonalet oppdaget at utstyret de hadde ikke var optimalt. Denne innsikten kan så føre til at de bestiller inn riktig utstyr til munnstell. For eksempel kom det frem at ansatte på en post opplevde å ha riktig og nok utstyr mens ansatte på en annen post rapporterte betydelige mangler. Dette kan forstås som at behovet for munnstell hos pasientene varierer fra post til post og at utstyret til munnstell ikke var tilstrekkelig tilpasset ulike pasientgrupper og deres behov. Det kan derfor også forklare at posten med slagpasienter hadde større behov for spesielle prosedyrer og spesialutstyr enn de andre enhetene. Pasienter på slike enheter er vanligvis utsatt for flere komplikasjoner enn mange andre pasientgrupper (Raghunathan et al. 2009).

Etter at opplæringsprogrammet var gjennomført, svarte flere sykepleiere at man bør vurdere munnhulen til pasienter over 70 år minst en gang per vakt. Det er en positiv endring og riktig ifølge de nye retningslinjene for munnstell som ble utarbeidet i prosjektperioden. Det kan også være mulig at akkurat denne gruppen sykepleiepersonell hadde gode rutiner fra før, og derfor ikke så noe behov for å endre gjeldende praksis.

I undervisningen ble det formidlet kunnskap om at man skal sjekke munnhulen hver 12. time og iverksette tiltak om nødvendig, men mangel på presisering av tidspunkt for når munnhulen skulle sjekkes kan ha skapt forvirring blant deltakerne om hvem som skulle inspisere munnhulen og utføre munnstell, når de skulle gjøre det, på hvilke pasienter og på hvilken vakt (Flovik 2005; Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten, Cappelen Damm Akademisk 2015).

Undersøkelsen viste videre at det var en endring fra første til andre kartlegging når det gjaldt å lindre munntørrhet med vann. Etter opplæringen sa flere at de skylte munnen med vann etter måltidene. Det viser at undervisningen påvirket sykepleiepersonalets oppmerksomhet på enkle tiltak som kan fremme god munnhygiene (Flovik 2005; Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten, Cappelen Damm Akademisk 2015).

Det er interessant at flere av personalet tok seg tid til å diskutere prosedyren munnstell etter opplæring i nye retningslinjer. Det er positivt og kan tyde på at undervisningen påvirket personalets holdninger og arbeidsrutiner. Sykepleiepersonell trenger å ta seg tid til å reflektere over egen praksis, hvorvidt den er oppdatert og kunnskapsbasert. Funnet samsvarer med annen forskning som understreker at sykepleiere trenger å øke bevisstheten på kvaliteten på tiltak de velger å iverksetter, eller ikke (Lusardi 2012; Williams 2001).

Resultatene viser til at munnstell ofte blir nedprioritert når det er travelt. Det er lite variasjon mellom svarene fra januar til mai 2012. Noen flere i andre undersøkelse sa at munnstell ble nedprioritert når det var travelt. Andelen sykepleiepersonell som hevdet dette steg etter opplæringen. Forhåpentligvis skyldes det at flere var blitt oppmerksomme på hva som er et godt og riktig munnstell i prosjektperioden, og at sykepleierne derfor svarte mer oppriktig på spørsmålet i andre kartlegging. Derimot kan endringen også skyldes økt arbeidspress, og at munnstell hyppigere ble en salderingspost. Det vil i så fall samsvare med en tysk studie (Gottschalck, Dassen og Zimmer 2003) som fant at sykepleiere ikke prioriterer munnstell, og at de har stor grad av autonomi i å beslutte tiltak knyttet til munnhulen. Det er sannsynligvis grunn til å anta at også sykepleiepersonalet ved medisinsk avdeling selv bestemmer om de vil utføre prosedyren eller ikke. Det faktum at munnstell nedprioriteres kan også skyldes mangel på rutiner og at munnstell og munnhygiene ikke etterspørres i rapporter og andre kvalitetssikringstiltak. Det kan være at munnstell blir nedprioritert når det er travelt, som Forsell et al. (2011), Kullberg et al. (2010), Willumsen et al. (2012), Wårdh et al. (2000) og Wårdh et al. (2005) fant i sine undersøkelser. Det kan også skyldes at personalet oppfattet munnhulen som et ubehagelig område å stelle (Forsell et al. 2011) og at munnstell og munnhygiene har lav status (Costello et al. 2008) og derfor er lett å neglisjere. Det er eksempelvis mulig at våre funn kan henge sammen med sykepleieres negative holdninger til munnstell og munnhygiene som beskrevet av Costello et al. (2008) og Forsell et al. (2011), men denne undersøkelsen mangler data på området. Det kan også spekuleres i om munnhulen oppfattes som et privat område av både pleiepersonell og pasienter og at folk flest har en holdning til tenner og tannkjøtt om at «dette» steller man selv eller hos tannlege og tannpleier. Martinsen (2000) beskriver at sykepleiere kan unnlate å forholde seg til deler av den andres kropp ut av respekt for den andres sårbarhetssone. Å unnlate å hjelpe den andre med munnstell kan begrunnes i respekt for den andres urørlighetssone og integritet (Martinsen 2000). Det kan også sees på som ansvarsfraskrivelse og dermed være i konflikt med krav om forsvarlig yrkesutøvelse (Lov om helsepersonell m.v. 2013; Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler 2011).

Etter opplæringen var det flere sykepleiere enn før som sa at hverken behov for eller tiltak knyttet til munnstell ble dokumentert tilfredsstillende. Det kan tyde

på at sykepleierne rapporterte mer sannferdig på det de faktisk dokumenterte etter at de hadde fått undervisning om viktigheten av god dokumentasjon for kvalitetssikring av prosedyrene. Tidligere studier har vist at sykepleiere ofte dokumenterer lite av de aktiviteter og prosedyrer de utfører (De Marinis, Piredda, Pascarella, Vincenzi, Spiga, Tartaglini, Alvaro og Matarese 2010; Kohle-Ersher, Chatterjee, Osmanbeyoglu, Hochheiser og Bartos 2012; Samuels Kritter 2011) og det er sannsynlig at dette også gjelder for munnstell på medisinsk avdeling. Som ved alle andre grunnleggende behov er munnstatus og behov for munnstell et viktig område å dokumentere (Stout, Goulding og Powell 2009). Når sykepleiere ikke dokumenterer behov for munnstell og munnhygiene kan det tyde på at mange sykepleiere ikke utfører sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner (Lov om helsepersonell m.v. 2013). Sykepleiere har et eget ansvar for å dokumentere relevante observasjoner og handlinger, og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere stadfester at sykepleiere har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler 2011). Når observasjoner og relevante tiltak for å opprettholde munnhelsen ikke er dokumentert i en pasientjournal kan man ikke vite hva som er utført. «Det som ikke er dokumentert, er ikke gjort» kan være dekkende i denne sammenhengen (De Marinis et al. 2010). Resultater fra denne undersøkelsen viser at det er et stort behov for klarere retningslinjer for munnstell og munnhygiene og på når en skal vurdere munnhulen, hvem som skal utføre det og på hvilke pasienter det er spesielt viktig.

Metodekritikk

Det viste seg utfordrende å undersøke om kunnskapsnivået endret seg i prosjektperioden. Årsaken er antagelig at noen av spørsmålene i liten grad egnet seg til å belyse problemstillingen, og de ble derfor utelatt i denne presentasjonen. Spørreskjemaet ble vurdert i en pilotundersøkelse med ti fagsykepleiere. I ettertid kan man innvende at fagsykepleierne manglet tilstrekkelig erfaring med å utvikle et godt, gyldig og sannferdig spørreskjema.

Undersøkelsens gyldighet kan være noe lav på grunn av at andelen respondenter sank betydelig fra første til andre runde. De ansatte ble oppfordret til å respondere via sykehusets e-post. Det viste seg at mange ansatte ikke åpnet personlig e-post eller unnlot å svare på skjemaet. Noen hadde også sluttet ved avdelingen ved andre kartlegging. Ansatte i permisjon fikk sjelden informasjon om oppfølgende kartlegginger. Da det første spørreskjemaet ble sendt ut til de ansatte var munnstell allerede tematisert på flere sengeposter. Oppmerksomhet på munnstell kan ha medført at noen sykepleiere allerede hadde endret holdninger og tilnærming til munnstell før opplæringen. Det kan også tenkes at undervisningen ikke hadde nådd frem til alle som deltok i spørreundersøkelsen.

Konklusjon

Hensikten med artikkelen var å formidle resultatene fra et opplæringsprogram som tok sikte på å øke sykepleiepersonellens kunnskaper om munnstell og oppmerksomhet på viktigheten av å utføre munnstell og munnhygiene riktig.

Resultatene viste at mange fikk økt oppmerksomhet på munnstell, og på hvordan det bør utføres, kartlegges og dokumenteres slik at pasientene fikk et bedre helsetilbud. Det ble også større oppmerksomhet på betydningen av å ha riktig og tilgjengelig utstyr til de aktuelle pasientgruppene på postene. Det viste seg at noen nedprioriterte munnstell, spesielt når det var travelt. Det må løftes frem i undervisning og annen formidling at mange blant sykepleiepersonalet har lite kunnskap om munnstell og munnhygiene, og at de velger å ikke dokumentere de tiltak de utfører eller unnlater å utføre. Dette er spesielt bekymringsfullt med tanke på at flere og flere eldre beholder egne tenner, noe som igjen fordrer en større innsats fra sykepleiepersonalet i fremtiden.

Tiltak knyttet til god munnhygiene har stor betydning for pasienters overlevelse og opplevelse av velvære, og bør etterspørres og kvalitetssikres av ledere. Resultatene viser likevel til at opplæringsprogram som dette kan gi gode resultater, selv om en varig endring av kultur trolig vil kreve innsats over tid. Et interessant funn fra undersøkelsen som vi ønsker å løfte frem er at sykepleiepersonalet på slagenheten, der pasientene ofte er svært dårlige, ble oppmerksomme på at de manglet riktig utstyr til å utføre munnstell.

For å få mer kunnskap på området og for å utvikle gode kartleggingsinstrumenter til å ivareta godt og riktig munnstell hos pasienter på sykehus vil studier om hvordan pasienter opplever egen munnhygiene være av stor betydning og bør prioriteres i oppfølgingsstudier. Det er også viktig å undersøke hvordan sykepleiepersonell opplever at de ivaretar pasientens munnhygiene.

Litteratur

- Andersen, L., Binderkrantz, A. S. og Hansen, M. K. (2012). Forskningsdesign. I Andersen, L., Hansen, K. M. og Klemmensen, R. (red) *Metoder i Statskundskab*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 66-96.
- Den nasjonale forskningskomité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), D. n. f. k. f. s. o. h. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Bruusgaard, D. (2012). Hva skal fremlegges for regional etisk komité. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132 (21): 2359 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1229>
- Costello, T. og Coyne, I. (2008). Nurses' knowledge of mouth care practices. *British Journal of Nursing*, 17(4): 264-268. Hentet fra

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18414273>,
<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.4.28716>

- Dalheim, A., Herud, T., Jørs, M. I., Koch, A. M. og Skaug, E-E. (2005). Hygiene. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 216-268.
- De Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. og Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 1544-1552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x>
- Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., Meredith, P., Solie, C., Avery, D. og Deal Chandler, N. (2011). Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures: A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20(1): 1-12.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-849x.2010.00683.x>
- Flovik, A. M. (2005). *Munnstell*. Oslo: Akribe
- Forsell, M., Sjögren, P., Kullberg, E., Johansson, O., Wedel, P., Herbst, B. og Hoogstraate, J. (2011). Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(3): 199-203.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00477.x>
- Gottschalck, T., Dassen, T. og Zimmer, S. (2003). [Assessment scales for nursing assessment of the mouth. A literature review]. *Pflege*, 16(5): 273-282 Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619219>
<https://doi.org/10.1024/1012-5302.16.5.273>
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jablonski, R. A., Therrien, B., Mahoney, E. K., Kolanowski, A., Gabello, M. og Brock, A. (2011). An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Special care in dentistry*, 31(3): 77-87.
<https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2011.00190.x>
- Kohle-Ersher, A., Chatterjee, P., Osmanbeyoglu, H. U., Hochheiser, H. og Bartos, C. (2012). Evaluating the barriers to point-of-care documentation for nursing staff. *Computers, Informatics, Nursing*, 30(3): 126-133
<https://doi.org/10.1097/ncn.0b013e3182343f14>
- Kullberg, E., Sjögren, P., Forsell, M., Hoogstraate, J., Herbst, B. og Johansson, O. (2010). Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6): 1273-1279
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05298.x>
- Lov om helsepersonell m.v., v. j. n. (2013). *Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven: med forskrifter : lov om helsepersonell m.v., vedtatt 2. juli 1999 nr. 64 : lov om pasient- og brukerrettigheter, vedtatt 2. juli 1999 nr. 63*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon.

- Lusardi, P. (2012). So you want to change practice: Recognizing practice issues and channeling those ideas. *Critical Care Nurse*, 32(2): 55-64. <https://doi.org/10.4037/ccn2012899>
- Lyshol, H. og Biehl, A. (2009). Tannhelsestatus i Norge. *En oppsummering av eksisterende kunnskap. Folkehelseinstituttet Rapport, 2009*, 5.
- Løkken, P., Olsen, I. og Spigset, O. (2010). Munnskylling med Klorhexidin for å forebygge pneumoni. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 130 (18): 1828-1829. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1335>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten. (2015). (kalt VAR fra 2017) Oslo: Cappelen Damm Akademisk. Hentet 10.12.2015 fra <https://www.ppsnett.no/pps/forside?sv=11.0>
- Raghunathan, S., Freeman, A. og Bhowmick, B. (2009). Mouth care after stroke. *GM: Midlife and Beyond*, 39(10): 582-586.
- Rawlins, C. og Trueman, I. (2001). Effective mouth care for seriously ill patients. *Professional nurse*, 16(4): 1025-1028.
- Rohr, Y., Adams, J. og Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(9): 439-444. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20871498> <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.9.78638>
- Rydahl Hansen, S. og Rostgaard, J. (1996). Mundpleje. *Sygeplejersken*, 96(11): 14-20.
- Samuels, J. G. og Kritter, D. (2011). Pain management documentation: analyzing one hospital's computerized clinical records. *Computers, Informatics, Nursing*, 29(9): 512-518, quiz 519-520. <https://doi.org/10.1097/ncn.0b013e31821a1582>
- Skaug, E-A. (2011). Kroppspleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. og Grimsbø, G. H. (red) *Grunnleggende sykepleie: Bind 2, Grunnleggende behov* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk, s. 45-86.
- Stout, M., Goulding, O. og Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. *Nursing Standard*, 23(49): 42-48. <https://doi.org/10.7748/ns.23.49.42.s55>
- Williams, B. (2001). Developing critical reflection for professional practice through problem-based learning. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1): 27-34. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411737.x>
- Willumsen, T., Karlsen, L., Næss, R. og Bjørntvedt, S. (2012). Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, 29(2): 748-755. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00554.x>
- Wårdh, I., Hallberg, L. R. M., Berggren, U., Andersson, L. og Sörensen, S. (2000). Oral health care—a low priority in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2): 137-142.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00574.x>

Wårdh, I., Jonsson, M. og Wikström, M. (2012). Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel—an area in need of improvement. *Gerodontology*, 29(2): 787-792.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00562.x>

Wårdh, I. og Sörensen, S. (2005). Development of an index to measure oral health care priority among nursing staff. *Gerodontology*, 22(2): 84-90.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00063.x>

Yoneyama, T., Yoshida, M., Ohru, T., Mukaiyama, H., Okamoto, H., Hoshiya, K., Ihara, S., Yanagisawa, S., Ariumi, S., Morita, T., Mizuno, Y., Ohsawa, T., Akagawa, Y., Hashimoto, K. og Sasaki, H. (2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3): 430-433. Hentet fra

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943036>

<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. (2011).